

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA PRZED ZABIEGIEM MEDYCYNY ESTETYCZNEJ W MEDITIME

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia.

..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko pacjenta

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co:

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakie:

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a), np.: na substancje zawierające kolagen, lidokainę, lateks, materiały opatrunkowe, leki przeciwbólowe, anestetyki, inne leki lub inne składniki pokarmowe? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co:

Czy występują u Pana(i):

duszność	TAK ☐ NIE ☐	obrzęki	TAK ☐ NIE ☐
pokrzywka	TAK ☐ NIE ☐	swędzenie	TAK ☐ NIE ☐

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK ☐ NIE ☐

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK ☐ NIE ☐

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK ☐ NIE ☐

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób:

choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)	TAK ☐ NIE ☐
inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)	TAK ☐ NIE ☐
choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi)	TAK ☐ NIE ☐
choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)	TAK ☐ NIE ☐
choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)	TAK ☐ NIE ☐
choroby wątroby (kamica, żółtaczka, marskość wątroby)	TAK ☐ NIE ☐
choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu)	TAK ☐ NIE ☐
zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)	TAK ☐ NIE ☐
choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)	TAK ☐ NIE ☐
choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)	TAK ☐ NIE ☐
choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)	TAK ☐ NIE ☐
choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, siniaków, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)	TAK ☐ NIE ☐
choroby oczu (jaskra)	TAK ☐ NIE ☐

zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK ☐ NIE ☐

choroby zakaźne TAK ☐ NIE ☐

żółtaczkę zakaźną A TAK ☐ NIE ☐ AIDS TAK ☐ NIE ☐

żółtaczkę zakaźną B TAK ☐ NIE ☐ gruźlica TAK ☐ NIE ☐

żółtaczkę zakaźną C TAK ☐ NIE ☐ ch. weneryczne TAK ☐ NIE ☐

choroba reumatyczna TAK ☐ NIE ☐ osteoporoza TAK ☐ NIE ☐

opryszczka TAK ☐ NIE ☐

choroby skóry (łuszczyca, bielactwo, AZS, fotodermatozy) TAK ☐ NIE ☐

Inne dolegliwości, jeśli tak to jakie?

Czy Pan(i) źle słyszy? TAK ☐ NIE ☐

Czy był(a) Pan(i) szczepiony (a) przeciw WZW (wirusowemu zapaleniu wątroby) B? TAK ☐ NIE ☐

Czy korzystał(a) Pan(i) w ostatnim m-cu z usług gabinetu stomatologicznego? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to gdzie i kiedy:

Czy miał / miała Pan(i) w przeszłości wykonywane zabiegi z użyciem toksyny botulinowej? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to czy w trakcie podania wystąpiły jakiegokolwiek powikłania? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to jakie?

Czy korzystał(a) Pan(i) w ostatnich 3 m-cach z zabiegów medycyny estetycznej? TAK ☐ NIE ☐

zabieg wykonany przez kosmetologa ☐ zabieg wykonany przez lekarza medycyny estetycznej ☐

Kiedy, jaki zabieg:

Czy korzystał(a) Pan(i) w ostatnim m-cu z usług gabinetu okulistycznego? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to gdzie i kiedy:

Czy korzystał(a) Pan(i) w ostatnim m-cu z usług fryzjera/kosmetyczki/salonu tatuażu? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to gdzie i kiedy:

Czy był(a) Pan(i) kiedyś operowany(a) TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu:

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK ☐ NIE ☐

Czy kiedykolwiek był/była Pan(i) poddawany/na zabiegom chirurgicznym w okolicy twarzy? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to czy wystąpiły jakieś powikłania? TAK ☐ NIE ☐

Czy kiedykolwiek był/była Pan(i) poddawany/na zabiegom dermabrazji, terapii światłem albo terapii przy użyciu chemicznych peelingów? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakim?

Czy miał Pan(i) przetaczaną krew TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy pali Pan(i) tytoń? TAK ☐ NIE ☐ Okazjonalnie ☐

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

Czy pije Pan(i) alkohol? TAK ☐ NIE ☐ Okazjonalnie ☐

Czy pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 24 h? TAK ☐ NIE ☐

Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK ☐ NIE ☐ Okazjonalnie ☐

Jeśli tak to jakie:

Czy przyjmował(a) Pan(i) tetracykliny, izotretynoinę (Accutane, Izotek) TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to proszę podać datę ostatniego przyjęcia leku

Czy w ostatnim czasie (6 mcy) nastąpił u Pana(i) znaczny wzrost/spadek wagi? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to jaki:.....

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś witaminy, zioła, suplementy diety? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to jakie:.....

Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja? TAK ☐ NIE ☐

Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia się blizn? TAK ☐ NIE ☐

Czy często się Pan(i) opala? TAK ☐ NIE ☐

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to w którym miesiącu:

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

Czy stara się Pani o dziecko lub jest przygotowywana do zabiegu in vitro? TAK ☐ NIE ☐

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK ☐ NIE ☐

Czy karmi Pani piersią? TAK ☐ NIE ☐

Czy występowały u Pani zaburzenia hormonalne, np. zespół policystycznych jajników? TAK ☐ NIE ☐

Proszę podać inne choroby zaburzenia zdrowia jeśli występują

.....

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszelkie zmiany w sytuacji zdrowotnej, jeśli zaistnieją, zobowiązuję się zgłosić w trakcie najbliższej wizyty w MediTime.

Data i czytelny podpis pacjenta